

日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所
『日本福祉大学社会福祉論集』第 114 号 2006 年 3 月

特別養護老人ホームに暮らす認知症利用者の アセスメントの実際とその重症度評価における主要評価項目

北 村 育 子

1 はじめに

介護保険制度で要介護と認定された高齢者のほぼ半数が、認知症の人の自立度判定で 以上であり、施設入所者についてはその 8 割に認知症の症状がみられると言われているなか、認知症の人々に対するケアの充実が必要であることは、厚生労働省の研究会報告などにも指摘されているとおりである⁽¹⁾。認知症ケアの充実と言っても、ケア環境の充実といった物理的側面から、身体的介護、そして心理社会的側面まで幅広く、簡単に論じることができるものではない。介護保険制度創設以後、利用者主体ということばは浸透してきているものの、利用者主体のケアを実現することができるかどうかは、ケアする側のその人に対する理解がどれだけ深まっているかということにかかっている。定期的な介護サービス計画の見直しにあたっても、利用者を理解することができていなければ、その意思や主体性を引き出すことはできない。認知症の人の気持や意思を理解するためには、その気持や意思を表明してもらわなければならないが、そのためのコミュニケーション技術が十分でない場合には、観察することから相当の情報を得ることも可能である。本稿では、ある特別養護老人ホームの例をもとに、職員はどのような側面に焦点をあてて認知症の利用者を観察しているのか、また、認知症の具体的症状と重症度の把握が、職員による利用者理解においてどのような意味を持っているのかについて考察し、心理社会的側面における認知症ケアの充実に向けての足がかりとしたい。

2 認知症の診断とアセスメント

(1) ソーシャルワークにおけるアセスメントの視点

ソーシャルワーク実践の過程においては、リッチモンド以来、処遇や治療といったことばが使われてきた。とりわけ直接的な援助における問題解決過程では、医学において用いられている概念にならって、クライアントが抱えている問題について調査を行い、その状況について診断し、問題解決にむけて治療が行われた。これらは、ソーシャルワークという仕事を対人援助専門職と

して確立させるという目的によるものであった。しかしそこでは、クライアントの抱える問題は病理に他ならず、その原因を探って心理的な治療を行おうとするソーシャルワーカーたちは、却ってその専門職者としてのアイデンティティを問われることとなった。その後、社会環境への働きかけの重要性が認識され、現在は、個人と環境のいずれか一方のみに焦点をあてるのではなく、個人であるクライアントが環境その接点において直面する生活問題に着目し、クライアントの環境に対する関係性に対して介入するという考え方がなされるようになっている。

このように、治療ということばに代わって介入ということばが使われるようになっている背景には、クライアントの抱える問題を個人的な病理とは考えないというソーシャルワークの視点の大きな変化があるが、同様に診断も、クライアントが抱える問題に関する情報収集だけでなく、持っている能力や資源を見出すために行われる⁽²⁾。

(2) 認知症の診断・アセスメント

認知症の人々に対する診断は、二つに分けることができる。一つは、文字通り認知症であるかどうかを確定するための診断であり、もう一つは、ソーシャルワークのアセスメントである。高齢者ケアの現場では、これら二つが同じサービス提供機関において行われることはあまりない。前者は、専門の医療機関において行われることが望ましいものの、そのような医療機関が、同時に認知症の人々に対する生活面のケアを行うことができるだけの物理的な環境と人材とを確保している場合は、そう多くないからである。また現実には、家族など周囲の人々の観察によって認知症であることが認められ、要介護認定のための訪問調査の際にその判定が行われる場合が多い。このような事情から、デイサービス、グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームなどでケアに携わる職員にとって、認知症であるかどうかの診断は、既に済んでいることがほとんどであり、「認知症の利用者」として、各機関はそれらの人々を受け入れることになる。

認知症になると、脳や身体の疾患を原因とする記憶・判断力などの障害がおこり、普通の社会生活をおくることができなくなる。本来ならばまず、本当に認知症かどうかの診断が医師によって行われるはずであるが、先のような実情から入所までの情報が十分ではなく、その間の事情はほとんどわからない。ごく初期からの経過や受診歴に関する情報が十分でないまま、介護の必要な人として、ひと括りにされて入所に至るのが実情である。認知症ケアの充実のためには、アセスメントが行われること、とりわけソーシャルワーク的な視点に基づいた良質のアセスメントが実施されることが重要である。そのようなアセスメントは、ホームの介護職員が、一人ひとりの能力その他、あらゆる資源を明らかにしていく過程で実施されなければならない。現状においてどのような情報が収集され、さまざまな情報のなかで認知症の評価はどのように行われるのか、ある特別養護老人ホームの実情を以下に紹介する。

3 ある入所施設における情報収集の過程

特別養護老人ホーム H 荘⁽³⁾では、入所にあたって、担当者が数種類の書類を作成することになっており、主なものは、医療情報に関するものと、介護に関するものである。医療情報に関する書類には、氏名・生年月日・住所・家族構成、既往症と処方や処置、入浴のための血圧や脈拍などに関する医師の指示、感染症の有無、などとともに、認知症の有無と程度、行動障害の有無と行動障害の具体的な内容とが記載できるようになっている。介護に関する情報を記載する書類には、食事、歩行や移動、排泄、入浴、喫煙や飲酒などの嗜好、年金や健康保険、身体障害をはじめとする手帳の有無、などとともに、精神に関するものと、意思伝達に関するものが項目として挙げられている。

(1) 医療に関する情報

医療情報は、入所希望者のことを最も良く知っていると思われる医療機関（かかりつけ医）に提供を依頼することで得られるが、認知症の有無と程度、行動障害の有無や、具体的な行動障害の内容が、どのような経緯によって記載されたのかは定かでない。医療機関における認知症の診断は、本人と家族に対する問診というかたちを中心に行われ、記憶障害や認知機能の低下を調べる検査や、他の病気の有無を判断するための一般内科的な診察や神経学的検査、生化学検査や脳の CT・MRI 検査などがそれに付加される。認知症の約 7 割が脳血管障害にもとづくものと、アルツハイマー病などの変性疾患にもとづくものによって占められているとされ⁽⁴⁾、それらの原因疾患に関わった医療機関においては、各種の検査が行われ、データも保管されていると思われる。しかし、H 荘が使っている様式では、医療情報提供の一部として認知症の症状がみられる場合にその程度が 3 段階で記載され、行動障害があれば、その内容が 1 行程度の文章で説明されるのみである。H 荘に情報を提供する医療機関は当然ながら一つではないこと、医療機関からの入所が珍しくないこと、それらの医療機関からは看護の要約をはじめとする情報が提供されることも多いこと、それらの付加情報によっても認知症の診断や症状に関する詳細な記述はないこと、身近な医療機関に認知症の専門医が少ないことなどに鑑みると、少なくとも当該地域の高齢者入所施設はどれも似たような状況にあり、認知症の初診から現況までの詳細な情報を得ているわけではないことが推測される。

(2) 要介護認定における認知症関連情報

介護保険の要介護認定にあたっては、基本調査が行われるとともに主治医の意見書の内容が斟酌され、そこには身体状況に関するかなり細かい情報が記載されている。そして、認知症の症状に関しては、基本調査によって服薬・金銭管理・物忘れ・関心の程度・行動障害についての把握がなされるとともに、意見書に認知症の人の日常生活自立度判定基準（表 1）⁽⁵⁾ によるランクが

表1 認知症の人の日常生活自立度判定基準

ランク	何らかの認知失調を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランク	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランク	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
ランク	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクM	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

記載される。ただし、特別養護老人ホームへの入所のさいに要介護認定を申請する場合がある一方で、既に認定されている場合には、基本調査や主治医の意見書に記載されている情報が現在の状況とは異なっていることがあるため、H 荘では、これらとは別に医療情報を入所にあたって医療機関に求めている。

(3) 介護に関する情報

医療情報に対して介護に関する情報は、受け入れ担当者が、入所希望者とその家族に面接し、必要な情報を収集する。そのなかで認知症に関する項目は、精神に関するものと意思伝達に関するものとして把握される。精神に関する項目は、短期記憶障害、認知症、帰宅願望、幻覚・幻聴、夜間の様子の下位項目と自由記述欄から、意思伝達に関する項目は、視力、聴力、言語、意思疎通の下位項目と自由記述欄から成り立っている。これらの下位項目がどのようにして構成されたかはわからないが、短期記憶障害と認知症とが別になっているのは、アルツハイマー病に特徴的な近時のエピソード記憶の欠落を捉えようとするものであろう。介護に関する情報は、通常、一回の面接によって収集され、入所当初の施設内での生活を円滑に運ぶための大まかな資料となる。ここでは、その入所希望者に認知症の症状がみられるかどうか、アルツハイマー病に特徴的な症状があるかどうか、行動障害の有無、コミュニケーションのために必要な配慮の有無、などが4段階の評価と自由記述によって記述され、それが入所後の担当職員に伝えられることとなる。

(4) 実務用フェースシートの作成

これら二つの様式に記載された情報をもとに、各利用者の居室担当者として実際に日々の介護にあたる職員が、入所後の実務用フェースシートを作成する。このフェースシートは、介護サービス計画作成の基礎資料としても使用されるものであり、氏名・生年月日・要介護度などの個人に関する情報と家族構成が記入された後、本人・家族からのケアに関する要望、健康管理上の留意点、ケアの目標と項目、が自由記述されるようになっている。そして、移動・食事・排泄・入浴・着脱衣・洗顔・口腔ケアなどの介助内容、麻痺や拘縮の有無、視力・聴力、意思疎通、性格、行動障害、既往症、服薬の状況などが簡単な段階別の評価と自由記述で表現される。あわせて、

一週間の日課表が付加されている。ここで注目されるのは、本人と家族からのケアに関する要望は、実際に日々のケアにあたる職員が聞き取りを行うこと、意思疎通の能力と行動障害の有無は項目として挙がっているものの、認知症の程度は評価項目として挙がっていないことである。前者については、定期的な介護サービス計画の作成と本人・家族との関係の構築という点から適切な方法であると考えられるが、後者については考察が必要である。

H 荘では、入所受入担当者による面接にもとづく情報と、医療関連情報とが総合されて、入所後の実務用フェースシートが出来上がっていくが、その過程でわかることは、医療機関から認知症の症状について提供される情報は、軽度か重度か、行動障害があるかないかという程度のものであること、入所直前の面接によって、同様に何段階かの認知症の程度と行動障害の有無が評価されること、実際に日々のケアを行う職員は、認知症の軽度・中程度・重度という評価を行うことは求められないが、意思疎通の能力と行動障害の有無を評価することになっていること、である。

4 認知症の重症度評価尺度

(1) 評価尺度の概要

認知症の評価法には、その人の日常生活を観察することによって、脳の障害の程度も含め、重症度を判定する観察法と、その人に直接質問をして、その回答の内容から脳の異常を推定する質問法とがある⁽⁶⁾。質問法で最もよく知られているのは、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)であろう⁽⁷⁾。このスケールは、認知症を評価するためのテストとしてわが国では最も古いものであり、福祉のみならず医療や保健の実践過程においても広く用いられてきた。これは、誰にでも簡単に使うことができること、そして認知症のスクリーニングに有用であると認められてきたことによる。また、MMS (Mini-Mental State) 検査も質問法による代表的な方法の一つである⁽⁸⁾。

長谷川式では、年齢、日時の見当識、場所の見当識、3つのことばの記銘、計算、数字の逆唱、3つのことばの遅延再生、5つの物品記銘、言語の流暢性が質問され、30点満点で20点以下を認知症、21点以上を非認知症として評価すると最も有効に認知症かどうかを弁別することができる。一方、観察法である柄澤式老人知能の臨床的判定基準は、高齢者の知能レベルを日常生活における言動や態度、作業遂行能力などを観察して正常・軽度・中等度・高度・最高度で判断するものである⁽⁹⁾。柄澤式の目的は、知能レベルを大まかに段階づけることにある。

柄澤式の他にも、認知症の重症度を評価する尺度としてCDR (Clinical Dementia Rating) がある⁽¹⁰⁾。これは、本人の日常生活の観察によって、あるいは家族からの情報によって記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家族状況と趣味・関心、介護状況のそれぞれを認知失調なし・疑い・軽度・中等度・重度の5段階で評価するものである。

長谷川式では本来、認知症の重症度分類は行われないが、柄澤式やCDRなどの重症度を評価

するためのスケールとあわせて、重症度別の平均得点が提示されており、段階ごとの有意差も認められている⁽¹¹⁾。高齢者福祉の現場で、認知症の評価を軽度・中程度・重度として示すことが一般化しているのは、このことが広く活用されているためではないだろうか。また、表1による自立度判定によると、H 荘の認知症フロアへの入所者は、ランク ~ のいずれかに判定される。柄澤式が、認知症の人の日常生活能力と日常会話・意思疎通能力の程度を通して重症度を判定しようとしているのに対して、表1による自立度判定では、認知症が重度化すると介護の手間がかかること、すなわち、行動障害の有無とそれに伴う介護の手間の多少によって評価を行っている。これらの尺度はいずれも、認知症であるかどうかと、その重症度を評価するための尺度であり、心身機能の評価は限られた範囲でしかできない。認知症の人々をケアするためには、認知症であるか否かの判定の他に、ADL や IADL に関わるより詳細な機能評価が必要となる。

(2) 評価尺度の活用

入所者のケアを担当する H 荘の職員は、要介護認定の際の基本調査ならびに主治医の意見書に記載されている認知症の人の自立度判定基準により、認定時における認知失調に伴う行動障害の程度を知り、入所にあたっての医療情報提供によって、行動障害への対処を含めた介助の必要性の程度と会話による意思疎通能力の程度とを知ることになる。H 荘に医療情報を提供している各医療機関において、認知症の重症度の判断が、柄澤式によって行われているのか、CDR が使われているのか、あるいは長谷川式による結果を用いているのかは不明であるが、使用される尺度によって基準が異なるため、どの尺度を用いているのかが示されていない状況では、軽度～重度という記載はほとんど何の情報ももたらさない。わずかに、基準が明らかにされている認知症の人の日常生活自立度判定によるランクによってある程度の情報を得ることができるのみである。ただしこの判定基準に基づき、「日常生活に支障を来すような症状・行動」と「意志疎通の困難さ」について多少・ときどき・頻繁という判断をすることで、具体的な個人を描き出すことなどできない。

よって、職員は利用者の入所後、自らの手で何らかの手段により、改めてその人の認知症の症状を把握していかなければならない。ただし、認知症の症状は、一人ひとり全く異なると言っても過言ではないこと、また自宅での生活と施設での生活とでは、その人の気持や態度も異なることを考えると、入所してきた人のアセスメントを最初から行うことが必要である。その意味では、入所にあたって提供される情報は、参考程度のものに過ぎない。日常生活動作の評価や行動の評価について、既存の尺度を活用する方法をとることもできるが、認知症のスクリーニングとは異なり、動作や行動の評価はケアの内容に関わるものであり、ケアが提供される物理的・人的環境にも左右されることから、それぞれの施設で使いやすいものを工夫する方が有用ではないかと考えられる。この点については、認知症の評価に関する文献を検索しても、既存の尺度の活用法や有効性について調べたもの⁽¹²⁾、特定の行動障害を評価するための尺度の構築を目指したもの⁽¹³⁾、物理的なケア環境の評価尺度⁽¹⁴⁾やコミュニケーション機能の評価尺度の構築を目指したもの⁽¹⁵⁾が

多く、認知症ケアのための評価については、評価項目として検討されるべき範囲を提示したものの⁽¹⁶⁾がある程度である。認知症ケアの充実という目的からは、すべての人に適用できるチェックシートのようなものでケア内容を確定することが必要であるとの考え方ができるかもしれない。しかし、認知症の人々が極めて多様であることから、ケア項目をあまり詳細に規定することは有用でも有効でもない。

5 認知症の症状を把握する目的

認知症は早期発見が大切であるとされている。その理由としては、治療が可能な認知症もあること、早期に発見することによって症状の進行を遅らせることができる場合があること、本人と家族に気持の余裕が生まれること、などを挙げることができる。ただし、認知症の多くは「治る」ことを期待できない。質問法あるいは観察法による評価によって認知症であることがほぼ確定した後、その原因疾患の鑑別診断が行われることになるが、少なくともH 荘への入所者に関して言えば、詳細な鑑別診断が行われている例は、一部を除いてほとんどない。わずかに60歳代までのアルツハイマー病の人々にその病名が記載されていることがあるが、それらの人々は、多少の知識があれば観察によってほぼ病名が確定できる人々であるとも言える。

認知症の定義を構成するのは、脳の器質性病変、知的機能の障害、後天的であること、慢性に持続すること、社会生活活動の障害、などであるとされるが、病変が複数あることも珍しくなく、そのために様々な知的機能の障害が現れる。よってその症状は非常に複雑で、症状への対処、とりわけ行動障害への対処を迫られることになり、単に抗精神病薬の投与のみが行われる場合も多く⁽¹⁷⁾、最近ようやくさまざまな療法やその他のケアが試みられるようになったところである。

特別養護老人ホームには認知症の人が多数入所しているが、それらの人々に対してできることは、介護をはじめとする日常生活上の世話、さまざまな療法、そして必要に応じたりハビリテーションや薬物療法などである。認知症を引き起こすことになった原因疾患や認知症が進行する過程で失われた記憶その他のさまざまな機能を回復することはできないため、残っている身体的・精神的な機能を維持することがケアの目的となる。たとえば、脳血管障害の後遺症である自発性や活動性の低下によって認知症の症状は重くなってしまうので、麻痺などの運動機能の障害に対応するリハビリテーションを行い、寝たきりになることを防ぐことも必要である。しかし、特別養護老人ホームなどの生活施設では、専門職がいないことも多く、日常生活動作を通じた機能低下の予防を適切に行わなければならない。さらには、認知症の経過は長期にわたることも多く、その過程で徘徊などの行動障害に直面することもある。そのさいに、適切な心理療法を活用しながら、日々の日常生活上の世話の各場面において認知症の人々の言動に対応することが何よりも重要である。認知症は治らないが、その症状に対処することは可能である。

現在、実践されている療法としては、人生における出来事を回想することによって自己認識を回復させる回想法、見当識を高めるリアリティー・オリエンテーション、動物に関する関心を促

す動物介在療法（アニマルセラピー・アニマルアシステッドセラピー）、音楽鑑賞や演奏によって過去を想起させる音楽療法などの心理療法などがあり、それぞれの施設において様々に取り組まれている。医師や各種療法士によって明確な目的を設定し、継続的な評価を行っている施設もあれば、職員やボランティアがレクリエーション活動の一端として、あるいはリハビリテーションとしての効果を期待して試行錯誤しながら行っている施設もある。

これらの療法を行うにあたっては、それぞれの療法が有効に作用することが期待される人とそうでない人との判断を行わなければならない。そのためには、その人の認知症の症状や重症度を知る必要がある。ただし、これらの療法を実践する以前にまず、利用者の日々の暮らしを整えなければならない。すなわち、食事、入浴、排泄、移動、着脱衣などについてそれぞれどのような介助が必要なのか、行動障害があるかどうか、あればどのような行動であってどのような対応が有効かなどを知ることが重要である。失われた機能回復が困難であるが故に、重症度の把握は、認知症による生活上の障害を明らかにするために活用されてはじめて意味のあるものとなる。

6 認知症の重症度評価の実際

現場の職員は認知症の人々を実際にはどのように評価しているのだろうか。この点について、H 荘の認知症フロアに勤務する職員 21 名全員に協力を求め、利用者 45 名の認知症の程度を点数評価してもらった⁽¹⁸⁾。点数は 1～45 点で評価するよう求めたがそれ以上の指示はしなかった。中には、5 点ごとに区切った回答もあった。16 名の職員から回答を得た後、結果について 7 名の職員にインタビューを行うことができた。当該フロアには、認知症の人々の他に、精神障害者や知的障害者など認知症ではない人々も入所しているが、知的障害者については対象から除いた。この調査は、本稿のために行ったものではない。結果として職員が意識的・無意識的に用いている評価基準が部分的にでも理解できることを期待していたものの、認知症を含め判断力の衰えた状態にある利用者の評価が介護職員と筆者とで基本的に異なるところがないことを確かめておきたかったために協力を求めたものである。そもそも、認知症の人 45 名の重症度を比較するということはほぼ不可能である。協力を求められた職員からは、当然ながらどのような基準で評価を行えばよいのかという質問が寄せられた。しかし、普段介護に携わっている職員たちが主としてどのような視点で認知症の利用者を評価しているのかを知る手がかりを求めることも目的の一つであり、基準は何も設定していないことを伝えた。得られた結果を平均したものを筆者の評価と比較したが、極端に評価に差がある利用者はいなかった。その後、その評価結果を筆者の日常的な観察から得た経験に基づいて検討し、利用者評価にあたって職員がどのような側面に注目しているのかを考察することを試みた。

この調査によって得られた量的な評価を、ほとんどデータとしての意味がないとして片付けることもできるであろう。実際、唯一この調査の結果を量的に検討して言えることは、認知症の重症度を点数化して評価することは不可能であるということだけである。しかし、評価結果に従っ

て作成した名簿を、一人ひとりの日頃の状態像を思い浮かべながら順に追っていくことによって、最軽度者ならびに最重度者については評価が一致すること、それ以外の大半の入所者については職員によって評価がまちまちであるものの、いくつかの段階を見出すことも可能なのではないかということ、最軽度と評価される人よりも少し症状のすすんだ人のなかに、職員によって非常に評価の分かれる利用者があること、などについて検討することができるのではないかと考えられた。これらの諸点について、量的な分析をすることはできないが、認知症の利用者を理解することに役立つ何らかの視点が得られれば一つの成果となるのではないだろうか。

(1) 最軽度者と最重度者について評価が一致することについて

当該フロアは、H 荘にある 3 つのフロアのなかでもより重度の認知症の利用者が生活する場となっている。そこで生活する利用者のなかで、職員のほぼ全員が「最も認知症が軽度である」とした利用者がある。そのように評価した理由は、食事や移動のさいに行う「声かけ」に対して適切な返事が返ってくるということであった。すなわち、介助にあたって利用者の具合を訊ね、意思の確認を行うが、それに対して一般的に期待されるような応答が得られるということである。またそれは、「ちょっと待ってください」「これを持っていてください」といった指示に従うことができるということであり、職員は「指示が通る」と表現している。

その一方で、最軽度と評価された人々ほどに明確ではないが、最重度とされる一群の人々を特定することができると考えられた。これらの人々は、いわゆる「寝たきり」で反応がほとんど期待できない人、あるいは表情や間合いなどを含めて、その応答が「声かけ」に対応するものにはなっていない人である。

(2) 認知症の症状を段階付ける特徴

上記の最軽度者は、見当識障害がありながらも、洗濯物を干したりたたんだり、配膳や食器の片付けがほぼ完璧にできるというように、かなりの IADL を保持している人であり、最重度者は、表情など非言語表現を観察することが必要な人である。そして、この二つのグループの間にいくつかの類型を見出すことができた。それらは、見当識障害がありながらも対話が成立し、生活リズムがあり入浴・食事・排泄といった定時介助の他には世話がかからない人、見当識障害があり、一応の対話が成立するように見えるものの内容が空虚である人、見当識障害があり、対話の内容は空虚で行動障害のある人、文章が作れないためにことばによる意思表示ができない人、である。

筆者は以前、アセスメントを目的として認知症高齢者の言語能力について考察を試みたが⁽¹⁹⁾、その段階を (B) として、上記の類型 (A) にあてはめてみると、表 2 のようになる。

(3) B 欄の第 1 段階がそれぞれ二つの類型に分かれたことについて

H 荘の認知症フロアで生活する人々の認知症の症状についての職員の評価結果を、言語能力

表 2 介護職員による認知症の利用者評価と言語能力による認知症の段階

今回の調査結果による類型 (A)	言語能力による段階 (B)
記憶に多少の混乱はあるが見当識があり、ADL・IADL もほぼ保持している。 この類型の利用者は当該認知症フロアにはいない。	情報の記憶と処理に問題はあるが、状況や文脈に応じた対応のできる能力が保持されている。
見当識障害がありながらも、家事の遂行能力などかなりの IADL を保持している。	情報と記憶の処理能力が更に衰え、また状況や文脈を読むことが困難となって話のつじつまは合わなくなるが、一応の会話は成立する。
話のつじつまが合わないものの対話は成立し、生活リズムがあり入浴・食事・排泄といった所定の介助の他には世話がかからない。	
一応の対話が成立するものの話の内容は空虚となり、介助が必要な生活場面が多くなる。	状況や文脈に応じた情報を伝達することはできないが、自動化された形式的なコミュニケーション能力は保持している。
上記に加えて、見当識障害に基づく行動障害がある。 この類型の人のみに行動障害がみられるということではない。	
話しかけに対する反応が鈍くなり、断片的な発話が中心で非言語的表現の観察が必要。	自動化された形式的なコミュニケーションもできなくなり、特定の単語や意味のない音を繰り返し発する。
ほとんど無言となり非言語的表現の観察が中心となる。	ほとんど無言。

のみではなく総合的に判断していくつかのグループに分け、上記の 6 類型を設定したが、これらの類型は筆者の観察と経験によるゆるやかな評価に過ぎない。人数の内訳は、 が 3 名で が十数名、 ～ はそれぞれ 7～8 名であり、言語能力のみを考察した (B) の第 段階に相当する人々が最も多くなる。

認知症の症状は、その進行の程度に差があるとはいえ、徐々に進んでいくが、高齢者の入所施設であることから死亡による退所があり、重度の人の人数が少なくなるのは当然である。当該フロアには見当識のある人がいないいうえ、言語能力が次第に衰えるために、利用者本人との対話によるアセスメントを行うことは容易ではない。しかし、言語が重要なコミュニケーション手段であり、ことばによるコミュニケーションを通じてアセスメントを行うことができれば、観察のみによるアセスメントよりも格段に利用者本位のものとなる。また、言語が重要なコミュニケーション手段であるが故に、その能力は「会話が成立する」段階として一括りにすると、「さまざまな会話の成立の仕方」を区別できなくなり、利用者の重要な資源であるコミュニケーション能力を評価し損なってしまう。

～ についてもう少し詳しくみていくと、言語能力のみについて検討した場合は、 と の 2 段階にまとめることが可能である。前者に相当する人との対話にはストーリーがあるが、後者の場合には「やりとり」はあるもののまとまったストーリーが表面上は構成されない。この二つのグループのもう一つの違いは、介護の手間のかかり具合である。そして と の違いは、

洗濯や物干し、湯茶の準備や下膳、テーブル拭きなどが、見守り不要で任せておけるかどうか、ということであり、高い判断力の有無でもあるが、世話の必要な程度でもある。また、と の違いもまた、行動障害に対する対応の必要性の有無ということ、世話の必要な程度の差である。

特定の特別養護老人ホームの認知症フロアに勤務する職員と、そのフロアで生活する利用者という限られた範囲ではあるが、心理社会的な側面に重点を置くソーシャルワークの視点と、日常生活上の介護が主たる支援となる介護職員の視点の違いがここに現れている。介護職員にとっては、日常生活動作能力の評価が、記憶力や判断力に関する評価に加えるべき必須の要素であることが窺える。

(4) 職員によって評価が異なる利用者について

今回の調査では、多くの職員がかなり上位に評価している利用者を非常に低く評価している例がみられた。そのように評価された利用者は2名で、一人は60歳代後半でアルツハイマー病であり、もう一人は80歳代で血管性の認知症である。職員全員の評価を総合すると、両者ともA欄 となり、洗濯物をたたんだり食器の片付けや洗い物をしたりすることが簡単な指示と時折の見守り程度で遂行できる。にもかかわらず、この両者をフロアの利用者のなかでも最も症状の進んだ状態であると評価した職員がいたため、インタビューの際に理由を尋ねたところ、二人の能力は十分に評価されており、その能力に反して、本人の生命の維持にもかかわるような行動をすることが評価を低くする理由となっていた。二人の利用者の一人は常時医療器具を身につけていなければならないにもかかわらずその器具をはずしてしまうことがあり、もう一人には、時折徘徊や暴言が見られる。また、これら2名のように一部の職員の評価が低いということではなく、全体として評価が分かれる利用者が数名いた。これらの利用者もやはり、A欄 に位置づけられ、先の2名のような家事能力はないものの、かなりの言語能力を保持している。

先の2名は、その保持している能力を発揮して実際に生活に必要な作業の一部を手助けしており、その限りにおいては、その人を認知症であるという目では見ていない部分が職員に生じてくる。認知症でなければ、医療器具をはずしてしまったり徘徊をしたりすることはないため、それらの行動が生じたときの対処が、当然やらなければならない支援以上のものであるという感情や不当感を職員に引き起こしてしまう。介護職員がまず、利用者の生命と安全を確保することに責任を感じるであろうことを考えると、この二人の職員のような評価が出ることもあり得ることである。後の2名については、かなりの言語能力を保持しているために、その発言がその場の状況によく合致する場合とそうでない場合が生じてくる。そのように相反する経験が混在することで、職員の評価が分かれてしまうのではないかと考えられる。

7 認知症の評価と認知症の人に対する評価

認知症の人に対する評価には、認知症であるか否かの鑑別のための評価、認知症の原因疾患や病名を特定するための評価、そして、認知症の人の心身の機能評価があり、それぞれ複数の尺度が開発されている。認知症ケアの現場において最も必要とされるのは、機能評価であり、日常生活やケアのためのアセスメントである。項目については、H 荘の様式にもみられるように、ADL や IADL に関するものが中心となり、行動障害や医療など特別な配慮事項が付記されるのが普通であろう。これらは、部分的に利用者の確認を求める必要があるにせよ、ほぼ観察によって情報が収集できるものである。しかし、認知症ケアの充実という面からは、それら日常生活上の介助をきめ細かく実施することと共に、利用者による意思の表明が重要である。

利用者の意思を確認するためには、十分な観察を行ったうえで利用者とのコミュニケーションを成立させなければならない。コミュニケーションの第一の手段はことばであり、認知症の人の言語能力は、認知症の機能評価に重要な役割を果たす。H 荘の職員の協力によってわかったことは、職員たちは普段、自覚的に認知症の利用者の機能を段階づけてはいないが、その重症度評価は言語能力の評価としても捉えることができるものであるということであった。興味深いことは、B 欄・ に相当する利用者を、H 荘の職員が ～ に分類しているのではないかと思われることである。認知症ケアの現場で中心となるのは日常生活上の介助であり、それらを間断なく担う職員の目は、利用者の ADL・IADL とさまざまな行動とに主として注がれている。～ の段階は、このことを反映したものであり、実践に即した分類なのではないだろうか。

ただし、～ については、言語能力と必要な介助の程度や内容との関わりについて検討が必要である。 から へ、そして から へと IADL が衰えていくが、行動障害と言語能力や IADL との関連はわからない。IADL の衰えと行動障害とにあまり関連がないのであれば、行動障害のあることは、職員の認知症評価に大きな役割を果たしていることになるが、この点についても今後の継続的な観察が必要である。また、IADL を評価の対象とすべきかどうか、現段階では判断できない。さらに、ケアの充実という点からは、各段階に対応するコミュニケーション技法の特定が必要である。B 欄のそれぞれに有効なコミュニケーション技法が特定できるのかどうかの検討も今後の課題である。

要介護となることを予防することが重視されるようになったことから、今後は医師による認知症の鑑別診断が行われる場合が増えてくると思われるが、認知症の原因が特定され、精神機能の程度が評価されても、それだけでは認知症の人の生活面でのケアの充実には結びつかない。認知症ケアの充実の程度は、さまざまな要因が関与しているために量的に明確化できるものではなく、しだいに機能が衰えていく認知症の特性から、能力の改善が結果として期待できないことがほとんどである。そして、コミュニケーションが困難になることから、本人の意思を酌む努力は、客観的な情報収集に比べて二次的に扱われる傾向がある。既存の認知症鑑別尺度で評価すると、特

別養護老人ホームの認知症フロアで生活している人のほとんどが重度に位置づけられ、その多様性は反映されない。しかし、どのような段階になっても、まずは認知症の人の意思を確かめる試みは行われるべきである。センター方式のケアマネジメントの表紙にも、認知症の話を注意深く聞くこと、そしてその気持を汲むことが認知症の人の要求として書かれているが⁽²⁰⁾、そのためには、コミュニケーション能力を評価することから、コミュニケーション能力に応じたコミュニケーション技法によって実際に認知症の人々とコミュニケーションを行うことが実践されなければならない。

注

- (1) 「2015 年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」高齢者介護研究会報告書，2003 年 6 月，厚生労働省。
- (2) 黒木保博他編著『ソーシャルワーク』中央法規，2002 年。
- (3) H 荘は，入所定員百数十名の特別養護老人ホームであり，3 つのフロアがある。そのうちの一つが，比較的症状の進んだ認知症の人々が生活するフロアとなっている。ショートステイを含め約 50 名の認知症の人を 25 名ほどの職員が担当している。
- (4) 『老人福祉のてびき』平成 16 年度版，長寿社会開発センター，2004 年。
- (5) 表 1 は痴呆性高齢者の日常生活自立度判定基準を簡単にしたもの。
- (6) 目黒謙一『痴呆の臨床』，医学書院，2004 年。
- (7) 大塚俊男・本間昭監修『高齢者のための知的機能検査の手引き』ワールドプランニング，1991 年。
- (8) 前掲書 (7)。
- (9) 前掲書 (7)。
- (10) 前掲書 (6)。
- (11) 前掲書 (7)。
- (12) 牧徳彦他「痴呆患者における認知機能障害の評価尺度」『訪問看護と介護』3 巻 12 号，889-893 頁，1998 年。
- (13) 堀宏治・稲田俊也・鹿島春雄「痴呆患者にみられる徘徊行動の定義と評価法」『精神保健研究』45 号，25-30 頁，1999 年。
- (14) 下垣光他「痴呆性高齢者への環境支援のための指針（PEAP 日本版）の開発と適用」『老年社会科学』24 巻 2 号，197-198 頁，2002 年。
- (15) 武田章敬他「痴呆患者のコミュニケーション指標」『最新医学』60 巻 4 号，141-145 頁，2005 年。
武田章敬他「痴呆性高齢者に対する簡易コミュニケーションスケール作成の試み」『日本老年医学会雑誌』41 巻 4 号，402-407 頁，2004 年。
町田綾子他「痴呆性高齢者の認知・言語コミュニケーション能力を短時間で測定する「ミニコミュニケーションテスト——MCT」の開発と信頼性・妥当性の検討」『日本老年医学会雑誌』40 巻 3 号，274-281 頁，2003 年。
- (16) 横山奈緒枝「痴呆性老人の機能評価課題：生活とケアの質からのアプローチ」『吉備国際大学社会福祉学部研究紀要』5 号，125-133 頁，2000 年。
- (17) 田邊敬貴『痴呆の症候学』医学書院，2000 年。
- (18) 当該フロアの利用者が 45 名というわけではない。筆者からみて非常に似た状態にあると思われる人が数人いる場合には，そのうちの一人だけを含め，入所者でなくショートステイの利用者であっても，定期的かつ頻繁に当該フロアを利用し，職員がその状態をよく把握している場合には，45 名のなかを含めている。また，この試みにおいて 45 名を順位づけるために点数化を行っているが，その点数が意味するところは，筆者の観察と経験による解釈に他ならず，あらかじめ分析のための項目を設定してはい

ない。

- (19) 北村育子「認知症の人の心理社会的ニーズを理解するために：その言語能力に注目して」『社会福祉実践理論研究』14号，13-26頁，2005年。
- (20) 認知症介護研究・研修センター認知症高齢者ケアマネジメント推進室「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（選択式）」認知症介護研究・研修センター，2004年。